

障害見舞金請求書

整理
番号

令和 年 月 日

一般財団法人 静岡県教職員互助組合 様

下記のとおり請求いたします。

組合員 (請求者) 記入欄	所属所コード		組合員番号	
	所属所名	TEL ()		
	フリガナ			
	組合員の氏名	氏	名	
	加入年月	S H R	年	月
生年月日	S H	年	月 日	
医師 の 証 明	労働基準法施行規則別表第2身体障害等級表 第 級 に該当するものと認める。			
	身体障害者福祉法施行規則別表第5号身体障害者障害程度等級表 第 級 に該当するものと認める。			
	障害の原因			
	発生年月日	年	月	日
	医師の意見			
証明	上記のとおり相違ないことを証明します。 (自署する場合は、押印不要です。)			
	令和	年	月	日
	住 病 医	所 院 師	名	TEL () -
			(印)	
互助 組合 記入 欄	発生年月	令和	年	月
	裁 定	76	障害見舞金	
		調 査	給 付 日	受 付 日

- 1 身体障害者手帳が交付されている方
身体障害者手帳の写しを添付してください。(医師の証明は不要)
- 2 身体障害者手帳が交付されていない方
労働法又は福祉法のいずれかで医師の証明を受けてください。

・各種届出書の提出方法

この届出書は、所属所を経由して提出してください。(静岡県教職員互助組合事業の運営に関する細則第3条、第8条)

・個人情報取扱について

障害見舞金請求書の内容は、給付資格調査、給付額算定、障害見舞金に係る給付金送金処理のために利用いたします。

障害見舞金請求書

整理
番号

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

一般財団法人 静岡県教職員互助組合 様

下記のとおり請求いたします。

組合員 (請求者) 記入欄	所属所コード		組合員番号			
	0000789000		00567890			
	所属所名	静岡市立駿河小学校			TEL	054 (254) 1234
	フリガナ	サンボンバシラ			サブロウ	
	組合員の氏名	氏	三本柱		名	三郎
	加入年月	S	H	R	○	年 ○ 月
生年月日	S	H	○	年 ○ 月 ○ 日		
医師 の 証 明	労働基準法施行規則別表第2身体障害等級表 第 級 に該当するものと認める。					
	身体障害者福祉法施行規則別表第5号身体障害者障害程度等級表 第 級 に該当するものと認める。					
	障害の原因					
	発生年月日	年 月 日				
	医師の意見					
証明	上記のとおり相違ないことを証明します。 (自署する場合は、押印不要です。)					
	令和	年	月	日		
	住 病 医	所 院 師	名	TEL () -	(印)	
互助 組合 記入 欄	発生年月	令和 年 月				
	裁 定	76 障害見舞金				
		調 査	給 付 日	受 付 日		

- 1 身体障害者手帳が交付されている方
身体障害者手帳の写しを添付してください。(医師の証明は不要)
- 2 身体障害者手帳が交付されていない方
労働法又は福祉法のいずれかで医師の証明を受けてください。

・各種届出書の提出方法

この届出書は、所属所を経由して提出してください。(静岡県教職員互助組合事業の運営に関する細則第3条、第8条)

・個人情報取扱について

障害見舞金請求書の内容は、給付資格調査、給付額算定、障害見舞金に係る給付金送金処理のために利用いたします。